Canada / Hungary Agreement

Applying for a Hungarian Old Age and/or Disability Pension

Here is some important information you need to consider when completing your application.

Please ensure you sign the application. If your spouse's or partner's signature is requested on the application, make sure that you both sign the application. If you are signing with a mark, (for example: "X") the signature of a witness is required.

Your application must be supported by documentation. Please submit the documents requested. Failure to complete the application and provide the requested documentation may result in delays in processing your application.

Where original documents are specifically requested, originals must be submitted with your application. You should keep a certified true copy of any originals you send us for your records. Some countries require original documentation which will not be returned to you.

You may submit the original or a photocopy that is certified as true for any of the documents where originals are not required. It is better to send certified copies of documents rather than originals. If you choose to send original documents, send them by registered mail. We will return the original documents to you. We can only accept a photocopy of an original document if it is legible and if it is a certified true copy of the original. Our staff at any Service Canada centre will photocopy your documents and certify them free of charge. If you cannot visit a Service Canada Centre, you can ask one of the following people to certify your photocopy:

Accountant; Chief of First Nations Band; Employee of a Service Canada Centre acting in an official capacity; Funeral Director; Justice of the Peace; Lawyer, Magistrate, Notary; Manager of Financial Institution; Medical and Health Practitioners: Chiropractor, Dentist, Doctor, Pharmacist, Psychologist, Nurse Practitioner, Registered Nurse; Member of Parliament or their staff; Member of Provincial Legislature or their staff; Minister of Religion; Municipal Clerk; Official of a federal government department or provincial government department, or one of its agencies; Official of an Embassy, Consulate or High Commission; Officials of a country with which Canada has a reciprocal social security agreement; Police Officer; Postmaster; Professional Engineer; Social Worker; Teacher.

People who certify photocopies must compare the original document to the photocopy, state their official position or title, sign and print their name, give their telephone number and indicate the date they certified the document.

They must also write the following statement on the photocopy: **This photocopy is a true copy of the original document which has not been altered in any way.**

If a document has information on both sides, both sides must be copied and certified. You cannot certify photocopies of your own documents, and you cannot ask a relative to do it for you.

Return your completed application, forms and supporting documents to:

International Operations
Service Canada
P.O. Box 2710 Station Main
Edmonton, AB T5J 2G4
CANADA

Disclaimer:

This application form has been developed by external sources in cooperation with Employment and Social Development Canada. The content and language contained in the form respond to the legislative needs of those external sources.

FŐVÁROSI ÉS PEST MEGYEI NYUGDÍJBIZTOSÍTÁSI IGAZGATÓSÁG

1430 BUDAPEST, Pf.: 38.
HUNGARY

BUDAPEST AND PEST COUNTY PENSION INSURANCE DIRECTORATE

_____
Magyar ügyiratszám (amennyiben ismert) /
Hungarian file number (if known)

_____
Kanadai társadalombiztosítási azonosító szám (amennyiben ismert) /
Canadian social insurance number (if known)

KÉRELEM
saját jogú nyugellátás iránt a magyar nyugdíjbiztosítástól a 2002.03.04-én megkötött magyar-kanadai szociális biztonsági egyezmény alapján

APPLICATION
for a pension benefit from the Hungarian Pension Insurance Administration pursuant to the Canada / Hungary Agreement on Social Security concluded on March 4, 2002

A	**Personal data of insured**		**A biztosított személyi adatai**
1	Family name		Családi neve
2	Given name(s)		Utónevei
3	Maiden name		Leánykori neve
4	Previous name(s) *		Elõzõ neve(i) *
5	Mother's maiden name *		Anyja leánykori neve *
6	Family status		Családi állapota
7	Sex	male férfi female nõ	Neme
8	Date of birth	year/év month/hó day/nap	Születési idõpontja
9	Place of birth		Születési helye

* (Documents in support of these data must be attached. Ezeket az adatokat igazoló okiratokat mellékelni kell.)

10	Country/countries of citizenship		Állampolgársága(i)
11	Home address		Lakcíme
12	Mailing address		Levelezési címe
13	Social insurance identification code (TAJ)		Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ)
14	Name of guardian		Gyám, gondnok neve
15	Mailing address/Home address of guardian		Gyám, gondnok címe/lakcíme

B	**Benefit applied for**	**A kérelmezett ellátás**	
1	Old-age pension		Öregségi nyugdíj
2	Early old-age pension		Elõrehozott öregségi nyugdíj
3	Reduced early old-age pension		Csökkentett elõrehozott öregségi Nyugdíj
4	Preferential old-age pension		Korkedvezményes öregségi nyugdíj
5	Disability pension		Rokkantsági nyugdíj
6	Disability pension for workplace accident or occupational disease		Rokkantsági nyugdíj munkahelyi baleset, vagy foglalkozási betegség esetén
7	Date requested for establishment of pension	year/év month/hó day/nap	Mikortól kéri a nyugdíj megállapítását?

C	Data pertaining to gainful activity		Kereső tevékenységre vonatkozó adatok
1	Are you an employee? Are you self-employed? If "yes": · date of termination of employment and/or self-employed activity	yes/igen no/nem year/év month/hó day/nap	Munkaviszonyban áll-e? Önálló tevékenységet folytat-e? Ha „igen“: · munkaviszony illetve önálló tevékenység megszűnésének idõpontja
2	Have you received sick pay? If "yes": · date of termination of sick pay	yes/igen no/nem year/év month/hó day/nap	Táppénzben részesül-e? Ha „igen“: · táppénzfolyósítás megszűnésének idõpontja
3	Since when have you been performing a type of work that provides considerably lower earnings and/or with reduced working hours?	year/év month/hó day/nap	Mióta dolgozik lényegesen kisebb keresetet biztosító munkakörben, vagy csökkentett munkaidõben?
4	Have you received an unemployment benefit? If "yes": · date of termination of unemployment benefit	yes/igen no/nem year/év month/hó day/nap	Munkanélküli ellátásban részesül-e? Ha „igen“: · munkanélküli ellátás megszűnésének idõpontja

D	**Other data required for adjudication of pension application**		**Nyugdíj iránti kérelem elbírálásához szükséges egyéb adatok**
1	Did you file an old-age or disability pension application?	yes/igen no/nem	Elõterjesztett-e korábban öregségi vagy rokkantsági nyugdíj iránti kérelmet
	If "yes": · at what entity · file number	....	Ha „igen“: · mely szervnél · ügyiratszám
2	Besides the benefit applied for now, has · an old age pension · a disability pension . an accident-related disability pension · an exceptional benefit · a regular social allowance · a provisional allowance · social assistance · a widows'/widowers' pension · an orphan's benefit · an impairment allowance been established for you?	yes/igen no/nem yes/igen no/nem yes/igen no/ne yes/igen no/nem yes/igen no/nem yes/igen no/nem yes/igen no/nem yes/igen no/nem yes/igen no/nem yes/igen no/nem	Állapítottak-e meg az Ön részére a most kérelmezett ellátáson kívül · öregségi nyugdíjat · rokkantsági nyugdíjat . baleseti rokkantsági nyugdíjat · kivételes ellátást · rendszeres szociális járadékot · átmeneti járadékot · szociális segélyt · özvegyi nyugdíjat · árvaellátást · egészségkárosodási járadékot ?
	If "yes": · name of the entity paying · payment reference number	....	Ha „igen“: · folyósító szerv megnevezése · folyósítási törzsszám

3	Do you have any decoration (pursuant to para. (2) Article 2 of Law No. XII of 1991) entitling you to a bonus in lieu of a pension supplement? If "yes", what type: · master of folk art · prime-ministerial citation for services rendered in the national resistance movement and in the anti-German struggle for liberation · Order of Hungarian Freedom (awarded before December 31, 1948, pursuant to Law No. VIII of 1946)	yes/igen no/nem	Nyugdíjkiegészítés helyetti pótlékra jogot adó kitüntetéssel (az 1991. évi XII. törvény 2.§ (2) bekezdés alapján) rendelkezik-e? Ha „igen“, milyennel? · népművészet mestere, · miniszterelnöki elismerés, a nemzeti ellenállási mozgalomban és a németellenes szabadságharcban szerzett érdemekért, · magyar szabadság érdemrend (1946. évi VIII. törvény alapján 1948.12.31-e elõtt kitüntetett)
	· Have you won an adult world championship in an individual or team event? (certification by the Ministry of Children, Youth and Sport required)		· felnõtt világbajnokságon, egyéni, illetve csapatversenyszámban, világbajnoki címet szerzett-e? (Gyermek, Ifjúsági és Sport Minisztérium igazolása szükséges),
4	Have you ever been on unpaid leave to accompany a spouse performing services or working permanently abroad under a permit dated prior to March 1, 1992? If "yes": · did he/she pay pension contributions for that period? If "yes": · indicate period · to what social insurance entity?	yes/igen no/nem yes/igen no/nem from/tól to/ig	1992.03.01-jét megelõzõen kiadott engedély alapján tartósan külföldi szolgálatot teljesítõ, vagy munkát vállaló személy házastársaként, külföldre történõ utazás címén fizetés nélküli szabadságon volt-e? Ha „igen“: · ennek idõszakára nyugdíjjárulékot fizetett-e? Ha „igen“: · mikortól - meddig? · mely társadalombiztosítási szervhez?

5	Have you ever been on unpaid leave? If "yes": · indicate period · for what reason? (e.g. child-care assitance, caring for a child between 3 and 10 years of age) · did you pay pension contributions for this time? (in the case of unpaid leave for constructing one's own home or caring for a sick relative at home)	yes/igen no/nem from/tól to/ig .... yes/igen no/nem	Fizetés nélküli szabadságon volt-e? Ha „igen“: · mikortól - meddig? · milyen címen? (pl. gyes, 3-10 éves gyermek ápolása) · Erre az időre a nyugdíjjárulékot megfizette-e? (saját ház építése, közeli hozzátartozó otthoni ápolása címén igénybe vett fizetés nélküli szabadság esetén)
6	Have you entered into an agreement concerning all social insurance benefits or period of service? If "yes": · for what period? · with what social insurance entity?	yes/igen no/nem from/tól to/ig	Kötött-e megállapodást a társadalombiztosítás valamennyi ellátására, vagy szolgálati időre? Ha „igen“: · mely időszakra? · mely társadalombiztosítási szervnél?
7	Did you ever receive financial support for the care of a sick person or for the raising of a child? If "yes": · indicate period · name of the entity paying	yes/igen no/nem from/tól to/ig	Ápolási díjban, gyermeknevelési támogatásban részesült-e? Ha „igen“: · mikortól - meddig? · folyósító szerv megnevezése

8	Were you ever placed under arrest? Did you ever serve a term of imprisonment? If "yes“: · from what institution were you released?	yes/igen no/nem yes/igen no/nem	Elõzetes letartóztatásban volt-e? Szabadságvesztés büntetést töltött-e? Ha „igen“: · mely intézetbõl szabadult?
9	Did you perform a type of work that entitled you to a preferential age of retirement? If "yes“: · what type of work? · over what period? · for what employer?	yes/igen no/nem ..... from/tól to/ig	Korkedvezményes munkakörben dolgozott-e? Ha „igen“: · milyen munkakörben? · mely idõszakban? · mely munkáltatónál?
10	The private pension fund (under Law No. LXXXII of 1997) of which you were a member last ?	....	Az 1997. évi LXXXII. törvény hatálya alá tartozó, mely magánnyugdíjpénztárnak volt tagja utoljára?

E Creditable periods of study			**Tanulmányok címén beszámítható időszakok**
1	Did you ever attend a university or college as a day student? If "yes": . where? · indicate period and educational institution. (Your registration book or a university or college certificate attesting to the periods of study must be attached.) In the case of studies pursued abroad, have the foreign qualifications been accepted in accordance with Hungarian standards?	yes/igen no/nem abroad in Hungary külföldön Magyarországon from/tól to/ig ..... yes/igen no/nem	Nappali tagozaton egyetemi, fõiskolai tanulmányokat folytatott-e? Ha „igen“: - hol? - mikortól meddig és mely oktatási intézményben? (A tanulmányi idõszakokat bizonyító leckekönyvet, vagy egyetemi, fõiskolai igazolást mellékelni kell.) Külföldön folytatott tanulmányok esetén a külföldi szakképesítést a magyar szabályok szerint honosították-e?
2	Did you pay pension contributions for the periods of your post-secondary studies after December 31, 1997?	yes/igen no/nem	1997.12.31-ét követõen felsõfokú tanulmányainak idõszakaira nyugdíjjárulékot fizetett-e?
3	Did you attend a vocational school (to be a skilled worker, apprentice, etc.)? If "yes": · indicate period · what school and/or employer?	yes/igen no/nem from/tól to/ig	Szakképzõ iskolai tanulóként (szakmunkás tanulóként, ipari tanulóként, tanoncként) folytatott-e tanulmányokat? Ha“ igen“: · mikortól - meddig? - mely iskolában, illetve munkáltatónál?

F Data pertaining to raising of children Gyermeknevelésre vonatkozó adatok

In calculating the service time prescribed for eligibility to an early old-age pension or a reduced early old-age pension, one year for each child, and one and a half years in the case of children having a prolonged illness or disability, must be recognized as service time for the person who gave birth to the children or who raised them in his or her own household for at least 10 years.
The above benefit may be claimed for not more than 3 children. There is no such restriction in case of the child/ren suffering from a prolonged illness or is/are handicapped.

Az előrehozott, illetve csökkentett előrehozott öregségi nyugdíjjogosultsághoz előírt szolgálati idő számításánál gyermekenként egy évet, tartósan beteg, illetve fogyatékosnak minősülő gyermekeknél másfél évet szolgálati időként kell elismeri annál a személynél, aki gyermeket szült vagy saját háztartásában legalább 10 éven át nevelt.
A fenti kedvezmény legfeljebb 3 gyermek után vehető igénybe. A tartós betegségben, fogyatékosságban szenvedő gyermekeknél ilyen korlátozás nincs.

Family and given names Családi és utónevei	Date of birth Születési idõpontja	Mother's maiden name Anyja leánykori neve	Relationship Rokoni Viszony	Remarks Megjegyzés

I raised child No. …….. with the following interruptions:
A nevelést az ..... sorszámú gyermek esetében az alábbi megszakításokkal folytattam.

from/tól..... to/ig ..... from/tól.....to/ig.....

I raised child No. …….. with the following interruptions:
A nevelést az ..... sorszámú gyermek esetében az alábbi megszakításokkal folytattam.

from/tól.....to/ig ..... from/tól.....to/ig.....

Name(s) of the child(ren) having a prolonged illness or are handicapped among the children indicated above:
(documentation certifying the personal data of the children and, in the case of a sick child a medical specialist's certificate not older than 3 months must be attached)
A fent nevezett gyermekek közül tartós betegségben szenvedő, illetve fogyatékos gyermek(ek) neve:
*(A gyermekek személyi adatait igazoló okmányt, valamint **beteg gyermek esetén** 3 hónapnál nem régebbi **szakorvosi igazolást** csatolni kell!)*

.....

G	Data supplementing application for disability pension		Rokkantsági nyugdíj iránti kérelmet kiegészítő adatok
1	· What illness caused your disability?	.....	· Rokkantsága milyen betegségből ered?
	· Is your disability a result of an accident, a workplace accident or an occupational disease?	.....	· Rokkantsága baleset, üzemi baleset, foglalkozási megbetegedés következménye-e?
	· In the case of an accident, can anyone be held responsible for it?	yes/igen no/nem	· Baleset esetén okolható-e valaki a balesetért?
	· Name of the person who caused the accident	.....	· A baleset okozójának neve
	· Home address of the person responsible for the accident	.....	és címe:

H	Declaration and signature of applicant	A kérelmező nyilatkozata és aláírása
1	I hereby declare, being aware of my financial and criminal liability, that the answers given to the questions are true.	Anyagi és büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a kérdésekre adott válaszok a valóságnak megfelelnek.
	I understand that I am obliged to pay damages resulting from the supplying of false data. I further understand that I am obliged to inform the entity judging the claim of any change in the above data occurring up to the time of its decision, and to inform the Pension Payment Administration within 8 days of the establishment of a pension.	Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatszolgáltatásból eredő kárt köteles vagyok megtéríteni. Tudomásul veszem továbbá, hogy az adatokban a határozathozatalig bekövetkező változást köteles vagyok az igényelbíráló szervnek, a nyugdíj megállapítását követően a Nyugdíjfolyósító Igazgatóságnak 8 napon belül bejelenteni.
	I consent to the examination and use by the competent Canadian or Hungarian competent authority or competent institution of any medical opinion or finding if this is necessary for the adjudication of the application.	Egyetértek azzal, hogy minden orvosi szakvéleménybe, orvosi leletbe az illetékes kanadai vagy magyar illetékes hatóság, illetve illetékes hivatal betekintsen és felhasználja, amennyiben a kérelem elbírálásához az szükséges.
	I further consent to the transfer to the competent Canadian or Hungarian authority or competent institution by the physicians treating me of any information concerning my health status.	Egyetértek továbbá azzal, hogy a kezelőorvosok az illetékes hatóságnak, illetve illetékes hivatalnak minden felvilágosítást megadjanak egészségi állapotomról.
	I also agree to submit to in-patient tests in a medical institution if this is necessary for the indisputable establishment of my illness.	Szintén egyetértek azzal, hogy egy egészségügyi intézményben fekvőbeteg vizsgálatnak vessem alá magam – amennyiben ez betegségem biztos megállapításához szükséges.
2	Signature of the applicant	.....	Kérelmező aláírása
	Date	year/év month/hó day/nap	Dátum

3	**Certification of Signature of the applicant -** Stamp and signature of the Canadian competent institution		A kérelmező aláírásának igazolása. A kanadai illetékes intézmény pecsétje és aláírása.

I	**Certification of Canadian competent institution**	**Kanadai illetékes intézmény Igazolása**	
1	Date of filing the application	year/év month/hó day/nap	A kérelem benyújtásának idõpontja
2	We confirm the accuracy of the personal data on the basis of the available documents.	**In section A szakasz** 1 8 2 9 3 10 4 11 5 12 6 14 7 15 pontjában **In section F szakasz** a b pontjában	A személyi adatok helyességét a rendelkezésre álló okiratok alapján igazoljuk.
3	Place Datum	.....…….. year/év month/hó day/nap …….....	Helység Dátum
4	Stamp and signature of the Canadian competent institution		Kanadai illetékes intézmény pecsétje és aláírása

SUPPLEMENTARY SHEET/PÓTLAP

	Creditable periods accumulated in Hungary (indicate on attached supplementary sheet)	**Magyarországon szerzett beszámítható időszakok (feltüntetése a mellékelt pótlapon)**
1	Periods of employment not indicated in your employment book – including periods after June 30, 1992 – and periods when you served as a lawyer, self-employed person, member of an industrial or agricultural cooperative, or member - taking part in the common work - of the family of a member of an agricultural cooperative, member of a specialized cooperative, as well as every period that you request to have recognized as service time must be listed here. The periods of time - for which contributions were paid - spent as a family member assisting in the economic activity of the family must be indicated here. Your employment books, social insurance certificate, servant's licence, journeyman's certificate, apprenticeship contract, document certifying time spent as an industrial apprentice, skilled worker's certificate, service certificate, OMBI book, stamp sheet, insurance certificate, letter of appointment, etc. must be attached if in your possession and also employer's certification in the case of employment after June 30, 1992, etc. **IMPORTANT!** The official certificate issued by the Central Adjustment Office pursuant to Government Ordinance 93/1990 (XI.21.), Government Ordinance 74/1991(VI.10.), Government Ordinance 51/1992 (III.18.) and Government Ordinance 174/1992 (XII.29.) should be attached.	Itt kell felsorolni a munkakönyvben nem szereplõ - ideértve az 1992. június 30. utáni idõtartamokat is – munkaviszonyokat, az ügyvédként, egyéni vállalkozóként, ipari és mezõgazdasági szövetkezeti tagként, mezõgazdasági szövetkezeti tag közös munkában részt vevõ családtagjaként, szakszövetkezeti tagként eltöltött idõket, valamint mindazokat az idõtartamokat, amelyek szolgálati idõkénti elismerését kéri. Itt kell feltüntetni a segítő családtagként eltöltött időszakokat, melyre járulékfizetés történt. **Amennyiben birtokában van** mellékelni kell: a munkakönyveket, társadalombiztosítási igazolványt, cselédkönyvet, segédlevelet, tanoncszerzõdést, iparitanuló-idõt igazoló okmányt, szakmunkás-bizonyítványt, szolgálati bizonyítványt, OMBI könyvet, bélyeglapot, biztosítási igazolványt, kinevezési iratot stb., továbbá 1992. június 30-a után fennálló munkaviszony esetén a munkáltatói igazolást. **FONTOS !** A Központi Kárrendezési Iroda által a – 93/1990. (XI.21.) Kormányrendelet, – 74/1991. (VI.10.) Kormányrendelet, – 51/1992. (III.18.) Kormányrendelet, – 174/1992. (XII.29.) Kormányrendelet alapján kiadott hatósági bizonyítványt csatolni kell.

	In order for military (or civil) service times to be credited, you must attach documents, if in your possesion, (or certified copies thereof) that provide evidence of: - active or reserve service time as a member of the former armed forces or of an armed corps, or as a conscripted member of the former Hungarian Army (or the river fleet); - professional military service time; - Your time spent in labour service of the National Defense and/or in captivity; - your time spent as a deportee or your time spent abroad in the service of the "Levente" para-military youth organization pursuant to Law No. II of 1939, if you were forced to leave the country against your will. Documents that must be accepted are a Soldier's Certificate and certificates issued by the Central Archives of the Ministry of Defence, the Recruiting Center or the National Representation of Hungarian Israelites (MIOKI). The service must be considered certified if evidence of it is provided by a discharge card, a soldier's pay book, a postcard from a military camp, certification of captivity or reliable testimony on the part of witnesses found by the applicant.	Katonai (polgári) szolgálati idõ beszámítása érdekében mellékelni kell, amennyiben birtokában van azokat az okmányokat (illetve azok hitelesített másolatát), amelyek bizonyítják - a volt fegyveres erõk és a fegyveres testületek, valamint a volt honvédség (folyamõrség) sorozott állományú tagjaként eltöltött elsõ tényleges és tartalékos szolgálatának az idejét; - hivatásos katonai szolgálatának idejét; - a honvédelmi munkaszolgálatban, továbbá a hadifogságban töltött idejét; - deportálásban töltött idejét, az 1939. évi II. törvényen alapuló leventeszolgálatban külföldön töltött idejét, ha akarata ellenére kényszerítették az ország területének az elhagyására. Okmányként kell elfogadni a Katonai Igazolványt, a HM Központi Irattár, a Kiegészítõ parancsnokság, a Magyar Izraeliták Országos Képviselete (MIOKI) által kiadott igazolást. Bizonyítottnak kell tekinteni, ha a szolgálatot leszerelõjegy, zsoldkönyv, tábori levelezõlap, hadifogság-igazolás, vagy a kérelmező által felkutatott tanúk hiteltérdemlõ nyilatkozata tanúsítja.

SUPPLEMENTARY SHEET/PÓTLAP

List of periods for which crediting is requested	**Beszámítani kért időszakok felsorolása**			
Name, firm and address of the employer (cooperative), or specification of the category of time for which crediting is requested A munkáltató (szövetkezet) neve, és címe vagy a beszámítani kért idő jogcímének megnevezése	Date of commencement of employment (year, month, day) Belépés időpontja év, hó, nap	Date of termination of employment (year, month, day) Kilépés időpontja év, hó, nap	Type of work Munkaköre	Means of certification (employment book, confirmation by employer, etc.) Az igazolás módja (munkakönyv, munkáltatói igazolás, stb.)

Canada / Hungary Agreement

Documents and/or information required to support your application [CA/HU 1.1] for a Hungarian Old Age and/or Disability Pension

Complete the attached forms:

- **Canadian Residence [ISP 5013]** indicating your period(s) of residence in Canada **(only if you are applying for a Hungarian Old Age pension)**

- **Medical Report [ISP 2519]** if you have never applied for a Canada Pension Plan Disability benefit **(only if you are applying for a Hungarian Disability pension)**

Original or certified documents to be submitted:

- Birth certificate for you and any children declared on the application form (CA/HU 1.1)

- Proof of the dates of your entry(ies) to Canada and departure(s) from Canada (such as: Immigration 1000, passport, visa, ship or airline tickets, etc.) **(only if you are applying for a Hungarian Old Age Pension)**

- Proof of your current citizenship (for assistance regarding Canadian citizenship, please contact your local Registrar of Canadian Citizenship)

- Document containing your signature

- Document containing the guardian's name and address where questions 14 and 15 of Section A of the application form **CA/HU 1.1** are completed

- Documents supporting your employment in Hungary (such as, employment books, social insurance certificate, servant's licence, journeyman's certificate, apprenticeship contract, document certifying time spent as an industrial apprentice, skilled worker's certificate, service certificate, OMBI book, stamp sheet, insurance certificate, letter of appointment, etc.) (where available)

- Official certificates issued by the Central Adjustment Office of Hungary (where available)

- Documents supporting your full-time attendance at college or university (such as, registration book or college/university certificate)

- Documents supporting your studies in a vocational training under a training contract

Canada / Hungary Agreement

Documents and/or information required to support your application [CA/HU 1.1] for a Hungarian Old Age and/or Disability Pension

Original or certified documents to be submitted (continued):

- Documents supporting your military or civil service, including time spent in forced labour, in captivity or in a detention camp (such as, soldier's certificate, certificate issued by the Central Archives of the Ministry of Defence or certificate issued by the recruiting centre (of Hungary), certificate issued by the National Representation of Hungarian Israelites, discharge card, soldier's pay book, postcard from a military camp, certification of captivity or reliable testimony on the part of witnesses, etc.) (where available)

- Medical specialist's certificate not older than three months in the case of a sick child identified in Section F of the application form **CA/HU 1.1 (original only)**

IMPORTANT: If you have already submitted any of the documents required when you applied for a Canada Pension Plan or Old Age Security benefit, you do not need to resubmit them.

Protected when completed - B
Personal Information Bank
HRDC PPU 175

CANADIAN RESIDENCE

Canadian Social Insurance Number _____

☐ Mr. ☐ Mrs.
☐ Ms. ☐ Miss ▸ _____ _____
First Name and Initial Last Name

The following information is required to support your application for benefits under a social security agreement.
If required, please provide additional information on a separate sheet of paper.

1. If you were born outside of Canada, please provide us with the following information:

   - Date of arrival in Canada: _____
   - Place of arrival in Canada: _____

2. List all the places where you have lived in Canada after the age of 18 and provide proof of all your entries and departures (immigration 1000, complete passport, airline tickets, etc.):

From (Year/Month/Day)	**To** (Year/Month/Day)	**City**	**Province/Territory**

3. List all absences from Canada, which were longer than six months, during your Canadian residence listed in number 2 above:

Departure (Year/Month/Day)	**Return** (Year/Month/Day)	**Destination**	**Reason**

4. Please give us the names, addresses and telephone numbers of at least two people, not related to you by blood or marriage, who can confirm your Canadian residence:

Name	**Address**	**City**	**Telephone Number**

DECLARATION OF APPLICANT

I declare that this information is true and complete.
(It is an offence to make a misleading statement)

Signature: **X** _____ Date: _____
Year Month Day

Telephone number: _____

Human Resources Development Canada | Développement des ressources humaines Canada

Personal Information Bank
HRDC PPU 140
Fichier de renseignements personnels
DRHC PPU 140

MEDICAL REPORT - RAPPORT MÉDICAL

Protected When Completed - B
Protégé une fois rempli - B

SECTION A To be completed by Applicant - Doit être remplie par le demandeur

First Name - Prénom	Initial - Initiale	Last Name - Nom de famille

Home Address (No., Street, Apt., or R.R.) Adresse du domicile (numéro, rue, app., ou route rurale)	City - Ville	Province or Territory Province ou territoire

Postal Code Code postal	Telephone No. - N° de téléphone	Date of Birth Date de naissance Y/A M D/J	**Social Insurance Number Numéro d'assurance sociale**
	( ) -		

SECTION B To be completed by Physician - Doit être remplie par le médecin

Please provide factual objective opinions - Veuillez donner une opinion factuelle objective

1 Height - Taille Weight - Poids	**2** a) How long have you known the patient? Depuis quand connaissez-vous le patient?	b) When did you start treating the patient for the main medical condition? Quand avez-vous commencé à traiter le patient pour son état pathologique principal? Y/A M	c) Date of last visit Date de la dernière visite Y/A M D/J

3 Diagnosis (es) - Diagnostic(s) :

4 Relevant/significant medical history relating to the main medical condition:
Antécédents médicaux pertinents/importants reliés à l'état pathologique principal :

Social Insurance Number
Numéro d'assurance sociale

5 **Over the past two years, has the patient been admitted to a hospital/institution?**
Au cours des deux dernières années, le patient a-t-il été admis à l'hôpital ou dans une institution?

☐ Yes / Oui — **If yes,** please list:
Dans l'affirmative, veuillez indiquer **:**

☐ No / Non

Name of the Hospital(s)/Institution(s) - Nom de(s) l'hôpital(aux) ou de(s) l'institution (institutions)

The date(s) of admission La (les) date(s) d'admission Y/A M D/J	The reason(s) for admission La (les) raison(s) de l'admission

6A **Is there supporting evidence for the main medical condition? Please attach supporting documentation.**
Y a-t-il des preuves à l'appui de l'état pathologique principal du patient? Veuillez joindre les documents à l'appui.

Laboratory Reports Rapports de laboratoire	☐ Yes / Oui	☐ No / Non
X-ray reports Radiographies	☐ Yes / Oui	☐ No / Non
Consultants' opinions Opinions de consultants	☐ Yes / Oui	☐ No / Non
Other Autre	☐ Yes / Oui	☐ No / Non
Documentation to be returned Documents devant être retournés	☐ Yes / Oui	☐ No / Non

6B **Please describe relevant physical findings and functional limitations.**
Veuillez décrire les observations physiques et les limitations fonctionnelles pertinentes.

Social Insurance Number
Numéro d'assurance sociale

7 **Are further consultations or medical investigations planned relating to the main medical condition?**
Prévoyez-vous effectuer d'autres consultations ou évaluations médicales en rapport avec son état pathologique principal?

☐ Yes / Oui — **If yes,** please specify: / **Dans l'affirmative,** veuillez préciser :

☐ No / Non

8 **Is the patient currently on medication(s) as a result of the main medical condition?**
Le patient prend-il présentement des médicaments en raison de son état pathologique principal?

☐ Yes / Oui — **If yes,** please indicate dosage and frequency. / **Dans l'affirmative,** veuillez indiquer la dose et la fréquence.

☐ No / Non

9 **Treatment:** List type and response.
Traitement : Indiquez le genre et la réaction.

Please write legibly - Veuillez écrire lisiblement

Social Insurance Number Numéro d'assurance sociale	FOR OFFICE USE ONLY - À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU		
	☐ A.C. - C.V.	Initials - Initiales	Y/A M D/J

10 **Prognosis of the main medical condition of this patient - Pronostic au sujet de l'état pathologique principal du patient :**

11 **Additional Information - Renseignements supplémentaires**

SIGNATURE (Please print or use a stamp - Veuillez écrire en lettres moulées ou estampiller)

Physician's Full Name - Nom du médecin au complet

Address - Adresse

Postal Code
Code postal

☐ Family Physician
Médecin de famille

☐ Specialty
Spécialité _____

Signature X	Y/A M D/J	Telephone No. - N° de téléphone ( ) -

Please write legibly - Veuillez écrire lisiblement